

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
NUTRICIÓN HUMANA**

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADULTOS JÓVENES
DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, QUITO
NOVIEMBRE-DICIEMBRE, 2014**

Elaborado por:

PRISCILA SOFIA BRITO LARA

Quito, Febrero del 2015

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo analítico transversal cuantitativo para determinar el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas en los estudiantes adultos jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer semestre 2014-2015.

La muestra se calculó del total de la población de los estudiantes de pregrado de todas las carreras. Para la recolección de datos se usaron los cuestionarios EAT-26 y SCOFF validados para la detección precoz de trastornos alimentarios, con lo cual se determinó el porcentaje de estudiantes con el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria.

La aplicación de los instrumentos produjo dos resultados el test de SCOFF 29,10% debido a su mayor sensibilidad, y el test de EAT-26 de 8,80%. Y finalmente se identificó las actitudes alimentarias con mayor incidencia que se presentan en la población con el riesgo, según el test EAT-26 fue temor a engordar, deseo de estar más delgado, dietas recurrentes 82%, y descontrol en la comida y ejercicio extenuante 58%.

ABSTRACT

A descriptive study of quantitative analytic transversal was conducted to determine the risk of nervous anorexia and bulimia in young adults, in the Pontificia Universidad Católica del Ecuador during the first semester 2014-2015.

The sample was taken from the total population of undergraduate students of all careers. For data collection were used the EAT-26 and SCOOF questionnaires validated for early detection of eating disorders, whereby the percentage of students was determined with the risk for eating disorder.

The application of the instruments produced two test results, SCOOF 29, 10% due to its higher sensitivity, and test EAT-26 of 8.80%. And finally eating attitudes highest incidence that occur in the population with risk was identified, according to the test EAT-26 was fear of gaining weight, desire to be thinner, recurrent diets 82%, and lack of control in the food and strenuous exercise 58%.

DEDICATORIA

La presente tesis dedico a mi familia en especial a mis padres porque siempre estuvieron apoyándome en las buenas y las malas para que culmine esta hermosa carrera con éxito.

También a mis maestros que han sabido guiarme para ser una persona no solo con mucho conocimiento sino con calidad humana, gracias por su ayuda y apoyo.

Siempre les tendré en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Jehová Dios mi Creador que me ha dado el privilegio de vivir y crecer en cada experiencia de mi vida. Agradezco a mis padres que con su duro trabajo han podido apoyarme en esta faceta de mi vida.

Y a mis hermanos por estar conmigo, a mi sobrinita por darme más alegría al llegar a mi vida. Agradezco a mis queridos maestros que me han enseñado durante la carrera, por su paciencia, cariño y atención.

A mis compañeros (as) que me han acompañado durante la carrera haciendo de los fracasos oportunidades para levantarme y seguir con empeño. Gracias por su ejemplo, ayuda y amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	ii
ABSTRACT.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE GRÁFICO.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
1. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. OBJETIVOS	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4. METODOLOGÍA.....	5
1.4.1. TIPO DE ESTUDIO	5
1.4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	5
1.4.3. Criterios de inclusión	5
1.4.4. Criterios de exclusión	6
1.5. FUENTES, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS	6
1.5.1. FUENTES.....	6
1.5.2. TÉCNICAS	6
1.5.3. INSTRUMENTOS.....	7
1.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN ..	7
1.6.1. Plan de recolección	7
1.6.2. Plan de análisis	8
CAPÍTULO II	9
2. MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS	9
2.1. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	9
2.1.1. DEFINICIÓN.....	9
2.1.2. TIPOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS	9
2.1.2.1. ANOREXIA NERVIOSA	10
2.1.2.2. BULIMIA NERVIOSA	10
2.1.2.3. TRASTORNO POR ATRACON.....	11

2.2.	ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.....	12
2.2.1.	FACTORES PRE DISPONENTES	12
2.2.2.	FACTORES PRECIPITANTES.....	14
2.2.3.	FACTORES PERPETUANTES O DE MANTENIMIENTO	15
2.3.	FACTORES DE RIESGO	16
2.4.	ACTITUD ALIMENTARIA	18
2.5.	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	19
2.6.	CONDICIONANTE SOCIO-CULTURALES: INFLUENCIA DEL MODELO DE DELGADEZ	19
2.7.	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS TCA	20
2.8.	DIAGNOSTICO TEMPRANO	21
2.9.	EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO	22
2.10.	CUADRO CLÍNICO Y COMPLICACIONES	23
2.11.	PREVENCIÓN DE LOS TCA.....	24
2.12.	INSTRUMENTOS DE SCREENING PARA TCA	28
2.12.1.	CUESTIONARIO DE SCOFF	28
2.12.2.	CUESTIONARIO DE EAT-26	28
2.13.	HIPÓTESIS	29
2.14.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
CAPÍTULO III	.....	31
3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
3.1.	Resultados	31
3.1.1.	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	31
3.1.2.	RIESGO SEGÚN TEST DE SCOFF Y EAT-26.....	33
3.1.3.	CONDUCTAS DE RIESGO EN EL GRUPO DE POTENCIALES CASOS DE TCA	35
3.2.	Discusión.....	36
CONCLUSIONES	.....	40
RECOMENDACIONES	.....	41
BIBLIOGRAFÍA	.....	42
ANEXOS	.....	45

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Factores De Riesgo Para Anorexia Nerviosa.....	16
Tabla N° 2 Factores De Riesgo Para Bulimia Nerviosa	17
Tabla N° 3 Clasificación De Los Factores De Riesgo Para Un TCA	17
Tabla N° 4 Edad Promedio General Y Por Sexo De Los Estudiantes Encuestados De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	31

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico N° 1 Distribución Porcentual Del Sexo De Los Estudiantes Encuestados De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	32
Gráfico N° 2 Distribución Porcentual De Las Facultades Encuestadas De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	32
Gráfico N° 3 Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Eat-26 Y Scoff En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	33
Gráfico N° 4 Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Eat-26 Y Scoff Por Sexo En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014.....	34
Gráfico N° 5 Conductas De Riesgo De Mayor Incidencia En Los Casos Detectados Con Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Test Eat-26, En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	35
Gráfico N° 6 Conductas De Riesgo De Mayor Incidencia Por Sexo En Los Casos Detectados Con Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Test Eat-26, En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014	36

LISTA DE ANEXOS

Anexos N° 1 Scoff Cuestionario De Tamizaje De TCA.....	45
Anexos N° 2 Eating Attitudes Test: EAT-26.....	46

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se han vuelto más comunes en la sociedad actual y se sitúan entre los más conocidos de las enfermedades crónicas del siglo XXI, especialmente en los adolescentes y jóvenes debido a que el ambiente social - cultural da realce exagerado a la belleza física, y por lo tanto la moda es tener el peso y la figura corporal perfecta con medidas que indiquen un cuerpo estilizado y proporcionado.

Los trastornos alimenticios empiezan con preocupaciones por la comida y el peso por largos periodos de tiempo, tales conductas afectan negativamente en la vida de las personas y se ha visto mayor incidencia entre las clases sociales altas pero también se comienza a ver entre las bajas, y con mayor frecuencia se presenta en mujeres por la presión social que existe sobre ellas.

Los trastornos alimentarios son difíciles de manejar y tienen un tratamiento de larga duración, por lo que es necesaria la detección precoz para evitar que evolucione hasta hacerse una enfermedad crónica dejando secuelas físicas y emocionales irreversibles en el paciente.

Por eso es importante realizar un estudio en poblaciones jóvenes como los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, porque es una población de riesgo que se caracteriza por tener estudiantes con un nivel socioeconómico medio-alto y estudiantes mayoritariamente de sexo femenino, la muestra fue de 193 individuos de la población total de estudiantes de pregrado de la mayoría de las facultades que cumplieron con los criterios de inclusión durante el primer semestre 2014-2015.

Además para determinar la frecuencia con la que se presenta el riesgo de padecer trastornos alimentarios como anorexia y bulimia se realizó mediante la aplicación de dos test validados EAT-26 y SCOFF que detectan el riesgo de padecer un trastorno alimentario.

CAPÍTULO I

1. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades que tienen una base en la parte psicológica de los pacientes. Están constituidas por cambios en la conducta y nuevas tendencias relacionadas con la ingesta de alimentos y la extrema preocupación por su figura y el peso corporal. Lo cual produce en las personas una descompensación de nutrientes tanto por déficit como por exceso de alimentos.(Santana, Costa Ribeiro, Mora, & Raich, 2012).

Dentro de los trastornos alimentarios se encuentran trastornos específicos como la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa que son los más conocidos. Según (MASSON, 2010) la anorexia nerviosa se presenta con un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales acompañado de ayuno y ejercicio excesivo. La bulimia nerviosa en cambio se caracteriza por tener episodios recurrentes de atracones de comida seguidos por conductas compensatorias como el vómito auto provocado, el abuso de fármacos como laxantes y diuréticos.

Según la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA, 2014) la delgadez se ha constituido en equivalente de triunfo y la manera facilitadora para ser aceptado en la sociedad, esto es lo que hoy en día se ha generalizado y la mayoría de gente lo cree así, por lo cual muchos van tras una dieta milagrosa que les permita bajar de peso rápidamente.

Datos estadísticos dicen que en EE UU la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica que más presentan las mujeres jóvenes. Y se cree que una de cada diez mujeres jóvenes la padece.(Adeslas Segur Caixa, 2012).Además según MASSON, (2010) a nivel mundial la anorexia tiene una prevalencia de 0,5-1% en las adolescentes y jóvenes adultas.

En México la Encuesta Nacional de Nutrición en 2006 arrojó datos sobre la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, la cual es de 0,9% en mujeres y 0,4% en varones. Además concluyó que la preocupación por engordar se dio más en mujeres 26% que en varones 7%.

En una investigación realizada por Moreno González & Ortiz Viveros,(2009) concluyeron que las mujeres tienen tres veces más riesgo de presentar un trastorno alimentario que los hombres. Lo cual se atribuye a la presión social que se da más hacia las mujeres.

Según Adeslas Segur Caixa, (2012) la mortalidad de los TCA es mayor que los trastornos psiquiátricos. Además según Romero, (2007) el pronóstico de la anorexia no es prometedor debido a que únicamente la mitad de los pacientes tienen una recuperación. Con una mortalidad prematura de 5% y hasta 10%, en su mayoría por complicaciones cardíacas. Y el desenlace más temido llega a ser el suicidio en la etapa más avanzada de la enfermedad.

Romero, (2007) menciona que de igual manera la prevalencia a nivel mundial de la bulimia es de 1% a 3% en adolescentes y jóvenes siendo mayor que la anorexia. Sin embargo la bulimia tiene un mal pronóstico debido a que hasta un 80% de los pacientes tienen recaídas y las complicaciones se dan porque vuelven a realizarse los vómitos, y a ingerir laxantes que les provocan alteraciones electrolíticas como de potasio y cloro dando como resultado alteraciones en la función de los órganos principalmente del corazón y riñón.

Los TCA son delicados de manejar ya que tienen un componente bio-psicosocial y afectan el estado nutricional de quien lo padece, el cual puede estar con desnutrición u obesidad, lo cual disminuye la calidad de vida del paciente y se les asocia a una muerte prematura. (Santana et al., 2012).

Según Mabel Bello (2013) fundadora de la Asociación de lucha contra la bulimia y la anorexia (ALUBA) en una entrevista menciona que la anorexia y la bulimia son patologías que tienen influencia de un 40% genético y 60% social. Lo cual indica que gran parte de las patologías alimentarias se dan por la influencia del entorno social.

Según el nutricionista Marco Corte, de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha en 2012 dijo que la anorexia y la bulimia afecta tanto a hombres como a mujeres, y el tratamiento debe ser multidisciplinario ya que están vinculadas directamente con la parte emocional. Sin embargo es necesario reconocer que junto con la parte emocional la parte nutricional también se va deteriorando en estos trastornos, lo cual llega a ser un problema de base a tratar para evitar una pérdida significativa de peso o enfermedades derivadas de estos trastornos.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de sitúan como la tercera enfermedad crónica más común entre la población joven y se presenta mayormente en mujeres que en varones con una proporción de 10:1. La ocurrencia de los trastornos alimentarios es más frecuente en sociedades industrializadas y occidentalizadas. Por lo que mayor riesgo se presenta en la clase socioeconómica medio-alta. Por otro lado en la ciudad de Buenos Aires se detectó que los trastornos alimentarios tienen una

prevalencia de 13% en población femenina universitaria, y diversos estudios muestran que la prevalencia en varones sería 9 veces menor que el de las mujeres.

La mortalidad en casos de anorexia se ha visto que se da en un 10% lo cual se presenta por diversas situaciones graves como infecciones, inanición, complicaciones gastrointestinales, desnutrición extrema, desequilibrio electrolítico y suicidio. Y una cuarta parte de los pacientes se mantienen en situación de cronicidad por lo que no se pueden recuperar totalmente sino hasta pasados los cuatro años sin presentar síntomas. Mientras que en la bulimia la mortalidad es de 5% y las continuas conductas purgativas pueden producir complicaciones secundarias como esofagitis, erosiones del esmalte dental, deshidratación crónica, falla renal entre otras.

Cuando existe un retraso en el diagnóstico y tratamiento la morbilidad aumenta y el pronóstico empeora, por ello es importante identificar a tiempo a las personas con riesgo a desarrollar un TCA. Para la identificación de los potenciales casos es importante la utilización de instrumentos de cribado de TCA ya validados como el SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*) y el EAT-26 (Eating Attitudes Test). Los cuales tienen sensibilidad y especificidad alta. Por lo tanto la investigación se enfocará en presentar datos sobre la frecuencia que tienen los trastornos alimentarios en el grupo de estudio, lo cual beneficiará a los actores involucrados de salud, y promoción de salud, como al mismo grupo de estudiantes para en un futuro realizar campañas de prevención de trastornos alimentarios.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas en los estudiantes adultos jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer semestre 2014-2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizarla población de estudio.
- Establecerla frecuencia de estudiantes que presenta riesgo de padecer trastornos alimentarios.

- Identificar las actitudes alimentarias de riesgo de mayor frecuencia en la población universitaria.

1.4. METODOLOGÍA

1.4.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación utiliza un estudio de nivel descriptivo de tipo analítico transversal cuantitativo, ya que mide el riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria.

1.4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio tiene una población finita debido a que se conocen la cantidad de estudiantes de pregrado de todas las carreras en total 9452 alumnos.

El grupo de estudio se tomó de los estudiantes de pregrado de algunas facultades de la PUCE que sean adultos jóvenes de 20-24 años de edad.

Según el cálculo muestral realizado con la fórmula de (Red de bibliotecas UNNE, 2013) que se detalla a continuación. Se determinó una muestra de 193 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión detallados en la parte inferior.

- Margen de error: 7%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de Población: 9452
- Tamaño de muestra: 193
- El tipo de la muestra es no probabilístico a conveniencia

1.4.3. Criterios de inclusión

- Ser estudiante regular de pregrado de la PUCE

- Estar matriculado durante el primer semestre 2014-2015

1.4.4. Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas. Porque los estragos que presenta una mujer embarazada pueden confundirse con un trastorno.
- Ser estudiante de postgrado de la PUCE.
- No estar matriculado durante el primer semestre 2014-2015.

1.5. FUENTES, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS

1.5.1. FUENTES

Se obtuvo de fuentes primarias por medio de las encuestas auto administradas SCOFF y Eat-26 de detección precoz de TCA al grupo de estudio.

1.5.2. TÉCNICAS

Las técnicas utilizadas fueron dos encuestas la primera de SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire). Lo proponen Geoffrey Morgan, Stephen Corbett, John Wlodarczyk, and Peter Lewis en 1999. El cual es un instrumento de cribado que tiene cinco preguntas con respuesta dicotómica (SI/NO) en las preguntas del cuestionario se evalúa la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, las purgas e insatisfacción corporal. La puntuación fluctúa de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), con un punto de corte de 2 o más puntos identifica personas de riesgo de TCA. Los autores sugieren que sea auto administrado para que la persona sea más honesta en sus respuestas.

La segunda encuesta que se utilizó fue el EAT-26 (Eating Attitudes Test). Propuesta por DM Garner y PE Garfinkel, 1982. La cual es una versión abreviada de EAT-40 (primera encuesta que constaba de cuarenta preguntas). Esta consta de 26 preguntas sobre la dieta, características de la bulimia, preocupación por la comida y el control oral.

Se evalúa en una escala de 6 respuestas que van de siempre a nunca los cuales se califican con un puntaje de 3, 2, 1, 0, 0,0. Siendo 3 siempre, 2 casi siempre, 1 bastantes veces, 0 algunas veces, 0 casi nunca, 0 nunca. Con la excepción de la pregunta 25 que se puntúa de forma opuesta.

El rango de puntuación fluctúa entre 0-78 puntos con un punto de corte de 20 puntos o más indica que la persona tiene riesgo de TCA.

1.5.3. INSTRUMENTOS

El primer instrumento utilizado fue el cuestionario de SCOFF validado en la versión española por Garcia-Campayo et al., 2005 que detecta de forma rápida la existencia de síntomas sospechosos que indiquen el riesgo de un TCA. Se realizó en seis centros de atención primaria de salud de España en Zaragoza y Huesca. Las participantes fueron un grupo de 203 pacientes de sexo femenino, con edades entre 15 y 53 años tomando en cuenta el punto de corte sugerido de 2 o más puntos. El estudio presentó la sensibilidad de 98% y la especificidad del 94% para la detección de los TCA en atención primaria.

El segundo cuestionario validado utilizado fue EAT- 26 el cual según un estudio de Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda, & Muñoz, 2003. La validez de criterio para los puntos de corte se tomó de los sugeridos por los autores, mediante el cálculo de los coeficientes de validez: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, porcentaje de bien clasificados y sus intervalos de confianza al 95%. Mediante las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) se determina el punto de corte óptimo para discriminar la población caso de la normal. Se realizó en la Comunidad de Madrid en una población femenina de 15-18 años en 17 centros escolares durante el año académico 2000-2001.

Las características de este cuestionario son similares a las descritas por sus autores. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%. Los dos instrumentos permitieron recopilar información sobre el riesgo que tienen los estudiantes de padecer un TCA y con ello conocer el porcentaje de los estudiantes expuestos a tal riesgo.

1.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

1.6.1. Plan de recolección

El plan de recolección de datos no integró una validación de los instrumentos debido a que son instrumentos ya validados. Las fuentes primarias se tomaron de las encuestas auto administradas de detección precoz de TCA al grupo de estudio. Las técnicas utilizadas fueron las encuestas SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire) y EAT-26 (Eating Attitudes Test). Los instrumentos utilizados fueron los cuestionarios de cada encuesta. Finalmente para identificar

el riesgo de padecer un TCA se efectuó los cálculos con el punto de corte que contiene cada cuestionario.

1.6.2. Plan de análisis

Con el fin de obtener los resultados de los datos registrados en las encuestas, se utilizó el programa Excel donde se realizó una base de datos con las preguntas de los cuestionarios para sacar los gráficos con porcentajes mediante el cual se obtuvieron los datos del estudio.

En el estudio se hará un análisis bivariado para la obtención de la respuesta a la hipótesis planteada. Además se analizan las frecuencias de las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Riesgo de padecer un TCA según Test de EAT-26
- Riesgo de padecer un TCA según Test de SCOFF
- Actitudes alimentarias

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1.1. DEFINICIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que están relacionadas con la salud mental por lo que han sido descritas dentro de las patologías psiquiátricas complejas, ya que son causadas debido a múltiples factores, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa tienen síntomas parecidos como la preocupación excesiva por la comida, peso o figura corporal, todo esto ligado a la práctica de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (López & Treasure, 2011).

Las personas que lo padecen se caracterizan por tener una conducta anómala sobre la alimentación teniendo una gran preocupación por controlar su peso por lo que realizan dietas para bajar de peso sin darse cuenta del peligro de las mismas sobre su salud. En las últimas décadas se ve un creciente número de estas enfermedades sobre todo en adultos y niños. Las últimas tendencias que se ven en los medios de comunicación y la propaganda constante sobre el aspecto físico, se enfocan en hábitos alimentarios que promueven los trastornos de conducta alimentaria. (Staudt, Rojo, & Ojeda, 2006).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria afectan la parte física y psicológica de los pacientes y tiene repercusiones graves en los órganos y sistemas del cuerpo como cardiovascular, gastrointestinal, y endocrinológico. Los signos de estos trastornos pueden pasar desapercibidos porque el peso corporal no es un signo clínico único que indique el diagnóstico de un TCA. Debido a que quienes lo padecen pueden tener un peso normal con prácticas que no son saludables para conseguir su objetivo de perder peso (AED, 2012).

2.1.2. TIPOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Según (AED, 2012) dentro de los TCA incluyen los más conocidos:

- Anorexia nerviosa (AN): subtipos restrictivo y atracón o purgación
- Bulimia nerviosa (BN): tipos purgativo y no purgativo.

- Trastorno por Atracón (TPA).

2.1.2.1. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de gravedad y de difícil manejo por su carácter de tipo mental alterado y por la insistencia de la mantención voluntaria de un peso bajo al rango saludable para la edad y talla de quien lo padece. Este peso es logrado a través de diferentes medios exagerados para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y conductas purgativas. Estas conductas están acompañadas por síntomas como el intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un bajo peso (López & Treasure, 2011).

Según la clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) (WHO, 1992) la anorexia presenta características como las siguientes:

- Alteración sobre su figura corporal con pensamientos que desembocan en la enfermedad psicológica y que promueven el cuidado exagerado para no engordar y bajar de peso.
- Peso corporal 15% menor al necesario, lo que quiere decir 17,5 o incluso menos de Índice de masa corporal (IMC). (Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010)

Las personas con anorexia nerviosa generalmente se ven a sí mismas como excedidas en el peso corporal, incluso cuando están muy delgadas.

La ingestión de alimentos y el control del peso se vuelven una obsesión o algo primordial en su vida. Por ello se pesan constantemente y racionan la ingesta de comida en minúsculas cantidades. Lamentablemente no todas las personas con anorexia nerviosa se recuperan con tratamiento después del primer episodio muchas tienen recaídas.

Cuando la enfermedad se ha vuelto más crónica o se ha prolongado, es más difícil su tratamiento y por ende la salud de las pacientes se ve bastante comprometida. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011)

2.1.2.2. BULIMIA NERVIOSA

La Bulimia Nerviosa (BN) es una enfermedad que se caracteriza por episodios frecuentes de ingesta excesiva de alimentos acompañada de una intensa preocupación por el control del peso

corporal, llevando así a la persona a adoptar medidas extremas con el fin de disminuir el incremento del peso corporal. (Chospab, 2007)

Según la clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) (WHO, 1992) la bulimia presenta características como las siguientes: miedo intenso sobre los alimentos ligada a un ansiedad por comer, lo cual termina desencadenándose en ingestas cuantiosas de comida en un solo tiempo de comida.

Inmediatamente seguido de acciones para evitar que se absorban los nutrientes ingeridos como vomitar, beber purgantes, laxantes, diuréticos, medicamentos entre otros. Generalmente el cuadro de bulimia nerviosa es precedido por el de anorexia nerviosa con una disminución de peso limitada y también con ausencia del ciclo menstrual.(Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010)

La BN es la forma más común de los TCA debido a que abarca todos los grupos etarios, después de los trastornos alimentarios no especificados.

Lo común que se presenta en este trastorno es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de comer cantidades excesivas de alimentos sin control. Seguidos por purgas u otras conductas compensatorias para eliminar lo ingerido.(López & Treasure, 2011)

2.1.2.3. TRASTORNO POR ATRACON

La Asociación Americana de Psiquiatría en (2013) registra al trastorno por atracón como el tercer trastorno del comportamiento alimentario, después de la anorexia y la bulimia.

El trastorno por atracón se define como un comportamiento alimentario alterado, con episodios de ingesta de comida superior a lo que normalmente se comería ligado a una sensación de perder el control sobre la ingesta. Se dice que en un atracón el paciente puede llegar a ingerir una cantidad en algunos casos hasta de 20.000 Kcal.(Baile, 2014)

En contraste con la bulimia nerviosa, los episodios de atracones no tienen comportamientos compensatorios después de la ingesta como purgas, exceso de ejercicios o ayunos.

Por tal razón, las personas que sufren el trastorno por atracón con frecuencia tienen sobrepeso o son obesas. Teniendo un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares o presión arterial elevada. Además a menudo experimentan un sentimiento de culpa, vergüenza o angustia

por tal comportamiento, lo que puede llevar a más atracones.(Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011)

2.2. ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los TCA no tienen un solo factor de origen de hecho hay diversos factores que están relacionados entre sí como: Socio culturales y ambientales, entorno familiar, factores psicológicos, biológicos que influyen en el mantenimiento y desarrollo de los TCA. Por lo que se da la posibilidad de que los factores psicológicos y fisiológicos puedan interaccionar conjuntamente y dar lugar a una vulnerabilidad en el individuo. (Hernandez, 2010)

Como tal los TCA son de etiología múltiple ya que están asociados a varios factores de riesgo como: biológico- genéticos, psicológicos, socioculturales e incluso de estrés. Los estudios transversales no permiten establecer causas sino asociaciones a los mismos. Se inician generalmente en la adolescencia a pesar de que se ha observado mayor frecuencia de inicio en la edad adulta e infantil.(Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 2009)

2.2.1. FACTORES PRE DISPONENTES

FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES, Y SOCIO-CULTURALES

1) Factores individuales:

- Psicológicos: falta autoestima.
- Biológicos: edad, sexo, genética

2) Factores familiares: ambiente familiar

3) Factores socio-culturales: exaltación de la figura corporal, moda que impone la sociedad.(Cueva Vergara, 2011)

1) Los factores individuales

Se encuentran los factores genéticos y se toma en cuenta la presencia de familiares con algún TCA, además también es importante conocer la presencia de obesidad en las madres de los pacientes. Los factores biológicos se relacionan con la adolescencia, pubertad, en el caso de las

mujeres la primera menstruación, el índice de masa corporal (IMC) alto o bajo. Los factores psicológicos como traumas, características personales que reflejen baja autoestima, perfeccionismo, trastornos afectivos y alto rendimiento académico.(Ortiz Montcada, 2012)

2) Factores familiares

Según (UNAM, 2005) Los estudios que se han realizado han podido establecer que las familias disfuncionales, que tienen muchos conflictos y no pueden mantener relaciones tranquilas de unidad entre ellos y tolerancia son las más vulnerables a que alguno de sus miembros presente un TCA. Por ejemplo(ACAB, 2014)menciona tres tipos de familias primero las familias sin una estructura y ambiente organizado son más propensas a que uno de sus miembros más vulnerables caiga en trastornos alimentarios.

Segundo las familias sobre protectoras que manejan a sus miembros con exceso control, disciplina y severidad y tercero aquellas con situaciones y vivencias estresantes o traumáticas.

Otro aspecto importante a mencionar es cuando las madres tienen un TCA suelen dominar con sus prácticas la alimentación de sus hijos evitando comidas, comiendo de forma irregular dando un modelo negativo de la alimentación y expresando interés desmedido y prejuicios sobre el peso de sus hijos. (Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010)

Tipos de familias que interaccionan en los TCA según (Montón, Garcia, & Buitrago, 2008):

- Familias que no son organizadas
- Familias complicadas o intolerantes
- Familias que echan sátiras y son burlonas
- Familias divididas
- Familias que no tienen una buena relación entre sus miembros
- Familias impacientes e inconformes

3) Factores socio-culturales

La presión social que existe sobre la esbeltez y la silueta perfecta crea en las personas el deseo por la delgadez y se ve claramente en casi todas las culturas. Por eso el factor cultural se considera de gran vulnerabilidad entre los factores que afectan para desarrollar un TCA.

Además la forma como se le ha tachado a la gordura o al sobrepeso y la obesidad tiene un gran impacto debido a la variedad de tratamientos que existen para reconstituir la imagen corporal y evitar a toda costa la subida de peso constituye uno de los factores que promueven el origen de un TCA.

Las sociedades a través de la historia han influido en los modelos estéticos a través de la cultura, de esta manera la figura modelo se va creando con diferentes estándares estéticos.

En el siglo XX y XXI se ha incrementado la atención hacia la imagen corporal razón por la cual las enfermedades como los TCA se ven con más frecuencia sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes quienes movidos por conseguir una imagen corporal delgada agotan hasta los últimos recursos para conseguirlo teniendo graves consecuencias en su salud e incluso llegando a poner su vida en peligro de muerte.(Behar A, 2010)

2.2.2. FACTORES PRECIPITANTES

Los factores precipitantes de los TCA se dan en contextos de gran estrés y traumas psicológicos que desencadenan en una forma alterada del consumo de alimentos como un escape y alivio de la realidad.

Otra forma de llegar a darse un TCA es mediante las críticas que pueden ejercer otras personas sobre el peso, la autoimagen distorsionada y la depresión.(Ortiz Montcada, 2012)

Otros factores que pueden afectar según (González Gomez, 2008)son:

- La transición de la niñez a la adolescencia por los cambios físicos, psicológicos y emocionales que suceden en esta etapa.
- Alejamiento de algo importante o pérdidas

- Cuando existen separaciones de los padres
- Antecedencia de sobrepeso y obesidad
- Burlas del cuerpo
- Realización de prácticas deportivas que requieran tener un peso mínimo.

2.2.3. FACTORES PERPETUANTES O DE MANTENIMIENTO

Cuando el TCA ya se ha producido en la persona, existen situaciones vulnerables que promueven a que el trastorno continúe. Es por eso que dentro de los factores de mantenimiento se pueden repetir los factores antes mencionados como son los pre disponentes y precipitantes.(ITA, 2014)

También la enfermedad se sigue manteniendo cuando existe la realización de privaciones alimentarias permanentes, comportamiento alimentario irregular, e imagen corporal distorsionada.(Ortiz Montcada, 2012)

Dentro de los factores que más agudizan el trastorno alimentario se encuentra la persistencia de la realización de la dieta y patrones alimentarios inadecuados.

Por lo tanto la dieta restrictiva tendrá una influencia significativa en los cambios biológicos, físicos y psicológicos interfiriendo así en el funcionamiento normal del cuerpo y la mente.

Como resultado el individuo no es consciente de la enfermedad, se preocupa demasiado por la comida, sus capacidades mentales y su capacidad de concentración se debilita. Igualmente a medida que aumenta la restricción dietética aumenta el riesgo de que exista un descontrol alimentario, por lo que se incrementa el miedo a ganar peso y con ello la morbi-mortalidad.(ITA, 2014)

Otros factores que se asocian al mantenimiento de la enfermedad son:

- Las secuelas que dejan la astenia o caquexia en la parte psicológica del paciente.

- Los comportamientos compensatorios como la ingesta de laxantes, ejercicio excesivo y vómitos.
- El alejarse de la familia, preferir la soledad, promueve que la enfermedad se mantenga.
- La constante influencia de la cultura sobre figura e imagen ideal.(González Briones & Merino Merino, 2009)

2.3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo o vulnerabilidad son varios sin embargo estos pueden actuar solos o junto a otros originando o incrementando la probabilidad de sufrir algún trastorno del comportamiento alimentario.

Se ha evidenciado que los TCA tienen relación con problemas mentales, sociales, familiares y la influencia de los medios de comunicación.

Los cuales crean cambios en los individuos afectando a su estado de ánimo, autoestima y haciéndoles más susceptibles a la influencia del entorno.(Monterrosa Castro, Martínez Ruiz, & Cuesta Fernández, 2012)

Existen factores de riesgo para cada trastorno alimentario a continuación se exponen los más importantes:

Tabla N° 1 Factores De Riesgo Para Anorexia Nerviosa

Ser mujer adolescente
Perfeccionismo
Critica de la figura corporal
Dietas
Antecedentes familiares de obesidad
Historia de TCA o familiares en primer grado con TCA
Depresión y ansiedad
Disfunción familiar
Fumar y uso de drogas

Abuso de alcohol
Abuso sexual
Obesidad
Baja autoestima
Alteraciones metabólicas o psicológicas
Percepción distorsionada de la imagen corporal

Fuente: (Monterrosa Castro et al., 2012)
Elaborado por: Priscila Brito

Tabla N° 2 Factores De Riesgo Para Bulimia Nerviosa

Poca comunicación padres- hijos
Padres con problemas de alcohol y drogas
Depresión y ansiedad
Distorsión de la autoimagen corporal
Temor a engordar
Motivación por la delgadez
Insatisfacción corporal

Fuente: (Monterrosa Castro et al., 2012)
Elaborado por: Priscila Brito

Schiltz, 1997 dividió los factores de riesgo para desarrollar un TCA en los siguientes:

Tabla N° 3 Clasificación De Los Factores De Riesgo Para Un TCA

FACTORES INDIVIDUALES	• Experiencia de abuso sexual
	• Insatisfacción con la figura física
	• Insatisfacción con el peso corporal
	• Practica crónica de dietas
	• Pérdida de un ser querido
	• Ruptura de una relación importante
	• Divorcio de los padres
	• Cambio geográfico en la zona de residencia y estudio
	• Trastornos afectivos, tanto en el individuo como en los familiares de
FACTORES PSICOSOCIALES	

	<p>primer grado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Necesidad de aprobación para actividades mínimas • Dificultad para expresar sentimientos • Presencia constante de ira • Evasión de conflictos • Patrón de pensamiento rígido con gran énfasis en el deber ser • Sensación de ausencia de autocontrol • Perfeccionismo • Problemas básico de identidad
FACTORES SOCIOCULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> • Ideales culturales de belleza • Actitudes de la familia hacia el peso corporal • Falta de definición de límites • Rigidez y confusión de roles en la familia • Disfuncionalidad y maltrato emocional • Influencia del grupo de pares • Involucramiento en actividades que enfatizan el bajo peso • Críticas con respecto al peso y la figura

Fuente: (Monterrosa Castro et al., 2012)

Elaborado por: Priscila Brito

2.4. ACTITUD ALIMENTARIA

En la persona anoréxica la actitud alimentaria se evidencia de forma absurda ya que sus acciones están dirigidas a perder peso evitando comer con su familia o en público debido a que se sienten presionadas a comer.

El peso que van perdiendo es de forma drástica ya que se imponen prohibiciones de no ingerir carbohidratos, alimentos con grasa que son los que más calorías les dan a su cuerpo. Además suelen tener un vivo interés por conocer el valor calórico de los alimentos por lo que

llegan a conocer muy bien cuantas calorías tienen los alimentos, de esa manera saben que alimentos deben de evitar.(Staudt et al., 2006)

En el caso de quienes padecen de bulimia, ellos no logran resistir a la prohibición voluntaria de alimentos por ello llegan a comer grandes cantidades de comida en una sola vez. Y estos son los llamados atracones que ocurren cuando están solos y por la noche cuando nadie les ve.

Después del atracón siguen los vómitos auto inducidos o la ingesta de medicamentos para tratar de eliminar de su cuerpo lo que han consumido como laxantes, diuréticos y ejercicio extenuante.(Staudt et al., 2006)

2.5. INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La autoestima y la belleza física están muy ligadas en la mayoría de las personas. Y hoy en día el ideal estético corporal dominante es “ser bella es igual a ser delgada”, lo que no es posible genéticamente hablando en algunas personas.

Esta tendencia del cuerpo ideal ha hecho que exista una diferencia grande entre la talla corporal real y la ideal.

De esta manera aparece la insatisfacción corporal. Otro factor que ha favorecido a la insatisfacción corporal es que las condiciones económicas y los modelos alimentarios han cambiado por lo que ha aumentado la prevalencia de la obesidad.(Behar A, 2010)

Según (Santana et al., 2012) hay varias demostraciones de estudios que relacionan como una causa de los TCA a la falta de aceptación de la figura corporal debido a la ausencia de autoestima por lo que esto lleva a hacer dietas restrictivas para conseguir el objetivo de tener un cuerpo ideal sin embargo las conductas que se producen son desequilibradas por lo cual estas llevan a tener una ingesta inadecuada de los nutrientes.

2.6. CONDICIONANTE SOCIO-CULTURALES: INFLUENCIA DEL MODELO DE DELGADEZ

Existe un desarrollo rápido de las tecnologías y por ende la comunicación y con ello se hace más influenciable la cultura, el consumo, los mensajes publicitarios bombardean constantemente con mensajes propagandísticos encaminados poner a la vista y seguir un modelo

ideal de belleza que parece alcanzable. Además la gente se evalúa constantemente su aspecto físico. Sin tomar en cuenta sus necesidades espirituales, intelectuales y emocionales. Los medios informativos se encargan de confundir a la gente con los conceptos de belleza y éxito que evidentemente afectan más a las mujeres en las cuales se resalta el cuerpo delgado. Los grupos de riesgo que tienen más influencia por la delgadez son las modelos, gimnastas, bailarinas, mujeres adolescentes y adultas jóvenes.(Behar A, 2010)

2.7. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS TCA

En la anorexia nerviosa se presentan los siguientes según (González Briones & Merino Merino, 2009):

- Disminución de la temperatura corporal debido a la baja ingesta de calorías.
- Bradicardia lo cual puede provocar un paro del corazón.
- Falta de humedad en la piel, rígida, y frágil.
- Presencia de vello llamado lanugo en cara, dorso, y brazos.
- Digestión prolongada con presencia de constipación.
- Ausencia del ciclo menstrual
- Enfermedad de los huesos por la falta de calcio

En la Bulimia nerviosa se presentan los siguientes según(González Briones & Merino Merino, 2009):

- Dientes sin esmalte
- Cavidad bucal lesionada (encías, paladar, garganta)
- Crecimiento de glándulas salivales
- Desequilibrio de electrolitos como sodio y potasio

- Deshidratación
- Daños en el aparato digestivo por lo que aparece problemas como gastritis, reflujo esofágico por el vómito constante.
- Presión arterial baja
- A largo plazo problemas en el aparato urinario por exceso de diuréticos.
- Alteraciones en el ciclo menstrual
- Manos con callos

También se pueden dar signos y síntomas como consecuencia de las deficiencias nutricionales y conductas inapropiadas compensatorias como purgaciones que se producen en los TCA. No obstante es importante recalcar que no en todos los pacientes se puede manifestar los signos y síntomas evidentes sino a veces suele haber ausencia de estos.(AED, 2012)

2.8. DIAGNOSTICO TEMPRANO

Anorexia Nerviosa

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA, 2002) se puede diagnosticar cuando existen las siguientes características:

- Negación a conservar el peso dentro de los valores aceptables para la edad y talla. Fundado en un temor a subir de peso aunque se encuentre en peso bajo.
- Distorsión de la imagen corporal escogiendo el bajo peso como mejor opción para mantenerse con una silueta adecuada.
- La falta de menstruación y la necesidad de hormonas para regular el ciclo.

- En anorexia restrictiva no existen comportamientos compensatorios para evitar la absorción de nutrientes. Mientras que en la que si recurre es en la anorexia llamada compulsiva o purgativa.(Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010).

Bulimia Nerviosa

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA, 2002) se puede diagnosticar cuando existen las siguientes características:

- Alimentación ansiosa e insaciable que se presenta con incapacidad de dominio sobre la comida. Lo cual les lleva a consumir una exagerada cantidad de comida en poco tiempo.
- Las tácticas utilizadas para no subir de peso y que los alimentos se absorban son ingesta de laxantes, abstinencia de comida y ejercicio físico exagerado por más de 3 meses.
- La bulimia de tipo purgativa usa todos los mecanismos para no engordar. Mientras que la no purgativa solamente utiliza el ejercicio físico desmedido para no subir de peso. (Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010)

2.9. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Las complicaciones físicas severas se pueden presentar en el transcurso de la fase aguda de la enfermedad, de igual manera en el estado crónico o durante la recuperación. Por tal razón es importante durante el tratamiento adherir al paciente al tratamiento mediante la motivación en donde influyen los síntomas por los que está pasando el paciente para que se involucre en la terapia (López & Treasure, 2011)

Anorexia Nerviosa

Factores de buen pronóstico: rasgos de personalidad picaresca ayudan a superar la enfermedad de mejor manera.

Factores de mal pronóstico: cuando hay otros trastornos asociados como psiquiátricos. Cuando hay signos marcados como vómitos, atracones o abuso de laxantes.(Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 2009)

Bulimia Nerviosa

Factores de buen pronóstico: cuando el tratamiento se inicia de forma precoz. Se relaciona cuando la enfermedad inicia en la adolescencia.

Factores de mal pronóstico: historia de consumo excesivo de sustancias para evitar la subida de peso y trastornos psiquiátricos empezar con rasgos de la enfermedad desde niños lo cual produce mayores recaídas.(Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 2009)

2.10. CUADRO CLÍNICO Y COMPLICACIONES

Se requiere de intervención u hospitalización inmediata cuando los patrones de alimentación se mantienen restrictivos y purgas continuas por lo que se necesita una intervención eficaz para recuperar el estado nutricional del paciente. La desnutrición aguda tiene importancia médica además esta puede ocurrir sin distinción de pesos corporales es decir no únicamente en pacientes con un peso bajo o caquéticas.(AED, 2012)

Anorexia nerviosa

- El cuerpo tiene grandes cambios en el proceso de la enfermedad por lo que los resultados de esta tiene grandes complicaciones sobre la salud.
- El corazón comienza a fallar por la falta de nutrientes lo cual puede llevar a la muerte.
- Los huesos debilitados tienen un riesgo de fractura o de desarrollar osteoporosis.
- El musculo disminuye por lo que se debilita.
- Desequilibrio de líquido por la pérdida del mismo en vómitos recurrentes
- Debilidad extrema en todos los órganos
- Caída de cabello por falta de nutrientes.(NEDA, 2012)

Bulimia nerviosa

- Las conductas compensatorias como el consumo de laxantes y purgas para eliminar la comida consumida afecta al sistema gastrointestinal.
- El desequilibrio electrolítico puede llevar a un paro cardíaco.
- Esófago lastimado e irritado por el vómito constante provocado.
- Dentadura deteriorada por la falta del esmalte que recubre el diente de las caries.
- Estreñimiento crónico por consumo excesivo de purgas.(NEDA, 2012)

Las complicaciones o los daños que se producen en los pacientes con TCA se incrementan cuando mayor es la gravedad o la duración de la enfermedad.

El peligro de la anorexia nerviosa viene dado también por la tasa de mortalidad que varía entre un 5% y un 10 % según diversas investigaciones. Por otro lado la tasa de la bulimia no está definida, aunque se sabe que es menor que la de anorexia.(González Briones & Merino Merino, 2009)

2.11. PREVENCIÓN DE LOS TCA

Los factores involucrados en la aparición de los TCA son multifactoriales y multi causales por lo que la prevención incluye a todos los que forman parte del equipo de salud quienes deben promocionar un estado de salud óptimo y una vida plena.

Además es importante que en la prevención se involucren también los maestros y padres de familia para que ayuden a los jóvenes a tener un juicio crítico ante los modelos de belleza impuestos en la sociedad, indicando que son irreales y no aplican a todos los cuerpos por lo tanto es necesario enseñarles el valor de su propio cuerpo y sus limitaciones, tomando en cuenta su genética y características únicas.

De esta manera contribuir a reconocer sus capacidades para ponerse metas realistas que les permitan cuidar su cuerpo y mantenerlo sano.(González Briones & Merino Merino, 2009)

La prevención debe enfocarse en reducir al máximo los factores de riesgo que causan, contribuyen o ayudan al mantenimiento del trastorno por lo que primero se debe identificar cuáles son los factores de riesgo que están influyendo en el joven que presente el riesgo de desarrollar un TCA.

Se considera que para hacer frente a estas patologías que cada vez van en aumento se debe considerar como una estrategia importante la prevención primaria, la cual se basa en evitar que la enfermedad llegue a producirse y evitar actitudes de riesgo mediante proveer información sobre nutrición, enfocada a promocionar la salud.

Además como dice el Gobierno de Castilla la Mancha, 2015 se debe realizar acciones destinadas a modificar actitudes negativas en relación con la imagen corporal, el peso y los hábitos de alimentación, así como a proporcionar los recursos necesarios para desarrollar la capacidad crítica frente a la cultura de la delgadez, fortalecer la autoestima y la resiliencia (capacidad para enfrentarse a las amenazas del entorno).

Algo que se ha visto que ha dado resultados positivos según (Soldado, 2006) es la motivación a los estudiantes a tener un espíritu crítico frente a la alimentación, la cultura de la delgadez, los mensajes publicitarios.

Que es lo que más afectan a los jóvenes además de enseñar los efectos que producen muchos de los productos adelgazantes así los jóvenes estarán más conscientes de lo peligrosos que pueden llegar a ser estos productos y así no dejarse convencer fácilmente de los comerciantes.

Las charlas deben dirigirse a modificar malas actitudes alimentarias y no solamente a describir los trastornos ya que la importancia de estas radica no solo en proveer conocimientos sino más bien en realizar cambios de comportamiento en los jóvenes.

También se debe evitar alarmar demasiado a los jóvenes sobre esta problemática según Grupo Zarima- Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón, 2011 debido a que existe el riesgo de producir un efecto de pánico haciendo que vean el problema en todas partes, aun en conductas triviales o pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad.

Por ello es importante transmitir un mensaje equilibrado en el que se difunda la aceptación de una amplia variedad de formas y tallas de individuos en la sociedad además de valorar la individualidad y la auto aceptación como ayuda para desarrollarse como persona.

Según Grupo Zarima- Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón, 2011 un programa de prevención primaria completo debe abordar :

- La sensibilización e información de las personas a riesgo, sus familias y de la población general.
- Modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado).
- Identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos.
- Actuar sobre los estereotipos culturales y dar educación.

La prevención secundaria se la debe realizar con un diagnóstico precoz después que la enfermedad ya ha comenzado a desarrollarse en el individuo.

Hábitos alimentarios saludables

Según(Fernández, 2008)se debe informar a los jóvenes sobre estilos de vida saludables como:

- No excluir alimentos, ya que no existen alimentos que engorden o adelgacen, sino que los alimentos son un conjunto de diferentes nutrientes necesarios para que el organismo funcione bien.
- Variedad en la dieta: cuanto más variada sea la dieta, más saludable es para el organismo y más recomendable para mantener peso.
- La dieta ha de tener las calorías necesarias para que la persona y su organismo funcionen bien.
- Un mínimo de tres comidas diarias y saber que lo recomendable según los nutricionistas es entre cinco y seis.
- Mantener unos horarios estables para comer.
- Mantener la comida como un acto social, como una ocasión de diálogo con la familia o los amigos.

- Discutir ciertas ideas y actitudes relativas a la alimentación y al cuerpo que son difundidas diariamente por los medios de comunicación.
- Practicar ejercicio de forma saludable: el ejercicio físico alarga y mejora la calidad de vida y ayuda mucho a mantenerse en forma. Es recomendable dejarse aconsejar por los profesionales y practicar la actividad física o deporte adecuado durante el tiempo indicado para cada persona.

Además según (Fernández, 2008) es importante la formación adecuada de actitudes y valores con los que puedan enfrentarse a la vida y a las dificultades que se presenten, estos llegan a ser como factores protectores:

- Promocionar al máximo la autoestima en el joven.
- Enseñarle a valorar la salud.
- Motivar el afán de logro.
- Potenciar la autonomía y responsabilidad.
- Favorecer las relaciones interpersonales.
- Fomentar y reforzar la conducta adaptada.
- Educar en los valores.
- Dar modelos de conducta adaptada.
- Facilitar la participación en actividades escolares y extraescolares.
- Mejorar las relaciones familiares, aumentando las relaciones satisfactorias y la comunicación, facilitando la expresión de sentimientos de afecto; promover la cohesión familiar, reconocer y elogiar el esfuerzo, motivar a crear proyectos y a confiar en ellos mismos.

2.12. INSTRUMENTOS DE SCREENING PARA TCA

2.12.1. CUESTIONARIO DE SCOFF

Según (Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 2009)SCOFF que por sus siglas en ingles significa (*Sick, Control, One, Fat, Food cuestionare*) es un instrumento fácil y rápido que ayuda a determinar si la persona tiene síntomas de anorexia o bulimia nerviosa.

Elaborado por investigadores de la Escuela Médica del Hospital San Jorge,John F Morgan, Fiona Reid, y J Hubert Lacey en 1999, es un test de cribado para identificar los posibles casos de TCA. Abarca cinco preguntas con información de anorexia y bulimia.

Es muy utilizado para la detección temprana de los TCA en adolescentes hasta adultos. El test consta de 5 preguntas y cada una se evalúa sobre un punto. El punto de corte es 2 o más puntos, tienen una sensibilidad de 98% y la especificidad de 94%. Por lo que es muy útil y permite detectar los grupos en riesgo de presentar TCA.

2.12.2. CUESTIONARIO DE EAT-26

EAT-26 por sus siglas en inglés Eating Attitudes Test según (Ministerio de Sanidad y Consumo: España, 2009)es conocido como el cuestionario de actitudes alimentarias, es un instrumento económico y auto administrado.

Es una versión abreviada del EAT-40 creada por Garner y Garfinkel en 1979 y su refinamiento EAT-26 en 1982. Es útil para detectar poblaciones de riesgo e individuos con excesiva preocupación por la dieta y el peso.

Es un instrumento que se lo maneja en investigaciones clínicas y epidemiológicas, además permite evaluar actitudes y conductas de riesgo para desarrollar un trastorno de conducta alimentario.

Los últimos estudios que se han realizado lo manejan como un instrumento de cribado para detectar personas con el riesgo a desarrollar un trastorno alimentario. Es considerado como un cuestionario estándar para evaluar trastornos alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez.

El cuestionario consta de 26 preguntas o ítems, los cuales se califican con un puntaje de 3, 2, 1, 0, 0,0. Siendo 3 siempre, 2 casi siempre, 1 bastantes veces, 0 algunas veces, 0 casi nunca, 0 nunca.

Con la excepción de la pregunta 25 que se puntúa de forma opuesta. La puntuación total es la suma de las 26 preguntas, con el punto de corte de 20 puntos o más, lo cual se asocia a actitudes y conductas de riesgo de presentar un trastorno alimentario. La sensibilidad es de 59% y la especificidad de 93%.

2.13. HIPÓTESIS

El Test SCOFF es mejor instrumento que el EAT-26 para detectar un riesgo de trastorno alimentario.

2.14. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Conceptualización	Dimensión	Indicador
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.		Promedio de edad.
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.		
Riesgo de padecer un TCA según Test de Eat-26	Cuestionario que evalúa conductas alimentarias de riesgo	Riesgo SI: \geq a 20 puntos NO: \leq a 19 puntos	% de estudiantes con nivel alto de preocupación por la dieta, y peso.
Riesgo de padecer un TCA según Test de SCOFF	Cuestionario auto aplicado que consta de 5 ítems, en formato de respuesta dicotómica. Utilizado para el screening de Trastornos Alimentarios	Riesgo SI: \geq a 2 puntos NO: \leq a 1 punto	% de estudiantes con conductas de riesgo para un trastorno de conducta alimentario
Actitudes alimentarias	Formas de comportarse de un individuo frente a la comida relacionada con hábitos alimentarios y costumbres	Falta de control sobre la comida que ingiere Dietas recurrentes Ejercicio extenuante Temor a engordar El deseo de estar más delgado	% de estudiantes con conductas de riesgo para un trastorno de conducta alimentario

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

3.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La población participante en el estudio fue $n=193$, la cual pertenecía a adultos jóvenes de 20-24 años de edad de la PUCE.

En un inicio se pensó realizar el estudio tomando la muestra de todas las facultades de la Universidad las cuales son 15 en total y de forma aleatoria sin embargo no fue posible tomar una muestra representativa por cada facultad. Por lo tanto el tipo de muestra que se realizó fue no probabilístico a conveniencia. De manera que los resultados del estudio no son extrapolables a la población universitaria sino solamente es aplicable al grupo de estudio.

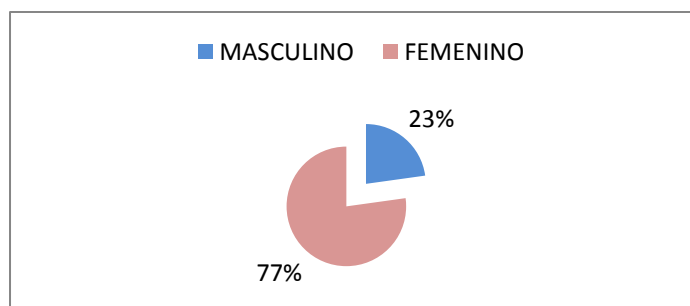
Tabla N° 4 Edad Promedio General Y Por Sexo De Los Estudiantes Encuestados De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014

	Promedio edad (años)	Desviación estándar
Hombres	21,61	+/- 1,42
Mujeres	21,36	+/- 1,13
Total población	21,41	+/- 1,21

Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

Elaborado por: Priscila Brito

Gráfico N° 1 Distribución Porcentual Del Sexo De Los Estudiantes Encuestados De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014

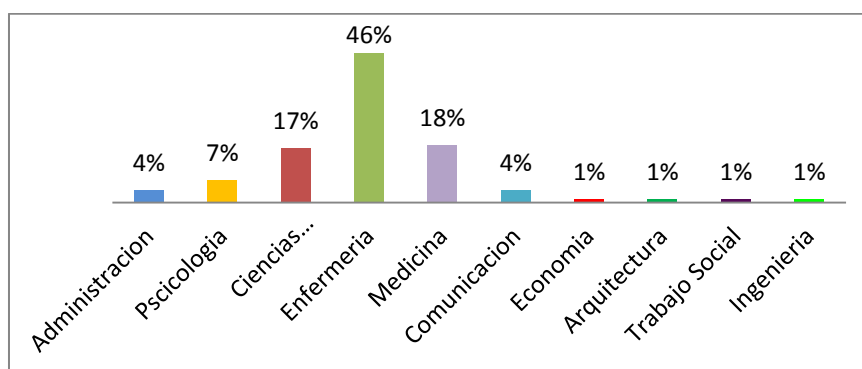


Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014
Elaborado por: Priscila Brito

La población general tiene una edad promedio parecida a la de hombres y mujeres y no muestra una variación alta en las edades de los jóvenes encuestados, evidentemente por el rango de edad que se utilizó en el estudio.

En cuanto al sexo el 77% de los encuestados fueron mujeres y un 23% fueron varones. Esto tiene una relación con las carreras que oferta la Universidad debido a que estas son más de ciencias humanas a las cuales se inclinan más las mujeres que los hombres, por lo que la población universitaria es mayoritariamente de sexo femenino.

Gráfico N° 2 Distribución Porcentual De Las Facultades Encuestadas De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014

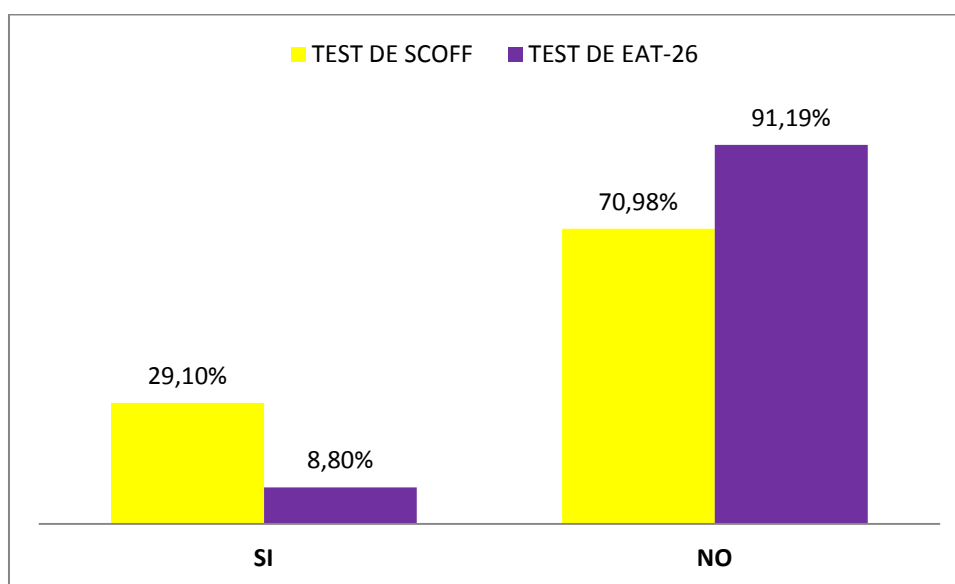


Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014
Elaborado por: Priscila Brito

El grupo de estudio consta de 10 facultades, de las cuales el porcentaje mayor es el de Enfermería con un 46%, seguido de Medicina con un 18% y ciencias humanas con un 17%. Esto se obtuvo debido a la mayor disposición y rápido alcance que se tuvo hacia estas facultades.

3.1.2. RIESGO SEGÚN TEST DE SCOFF Y EAT-26

Gráfico N° 3 Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Eat-26 Y Scoff En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014

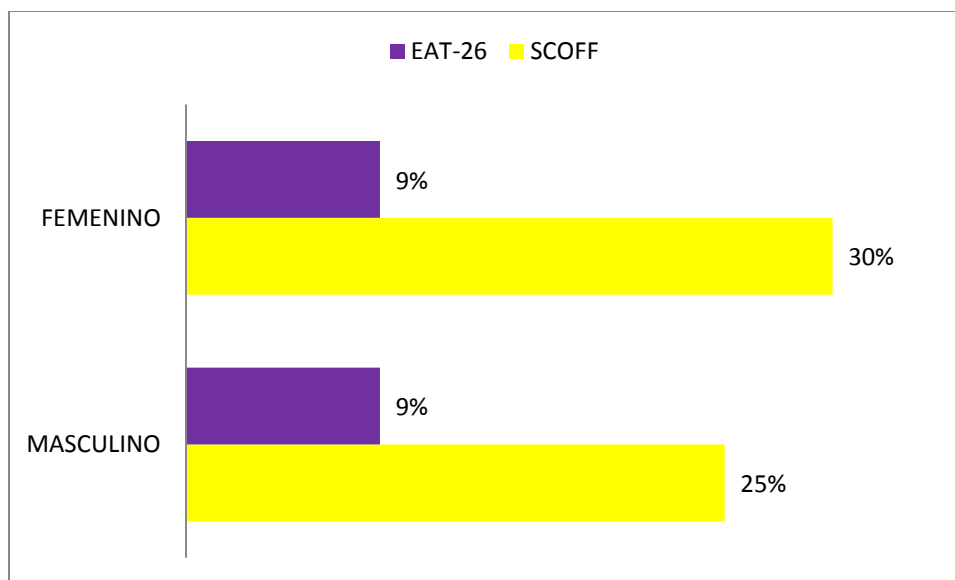


Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

Elaborado por: Priscila Brito

El gráfico demuestra que según el test de Eat-26 solo el 8,80% de la población estudiada presenta un riesgo de padecer un trastorno alimentario mientras que con el test de SCOFF el 29,10% de la población presenta el riesgo. Esta diferencia entre los dos test que miden el riesgo de tener un trastorno puede darse porque el test de SCOFF es más conciso y rápido de aplicar ya que tiene 5 preguntas con respuesta dicotómica

Gráfico N° 4 Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Eat-26 Y Scoff Por Sexo En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014



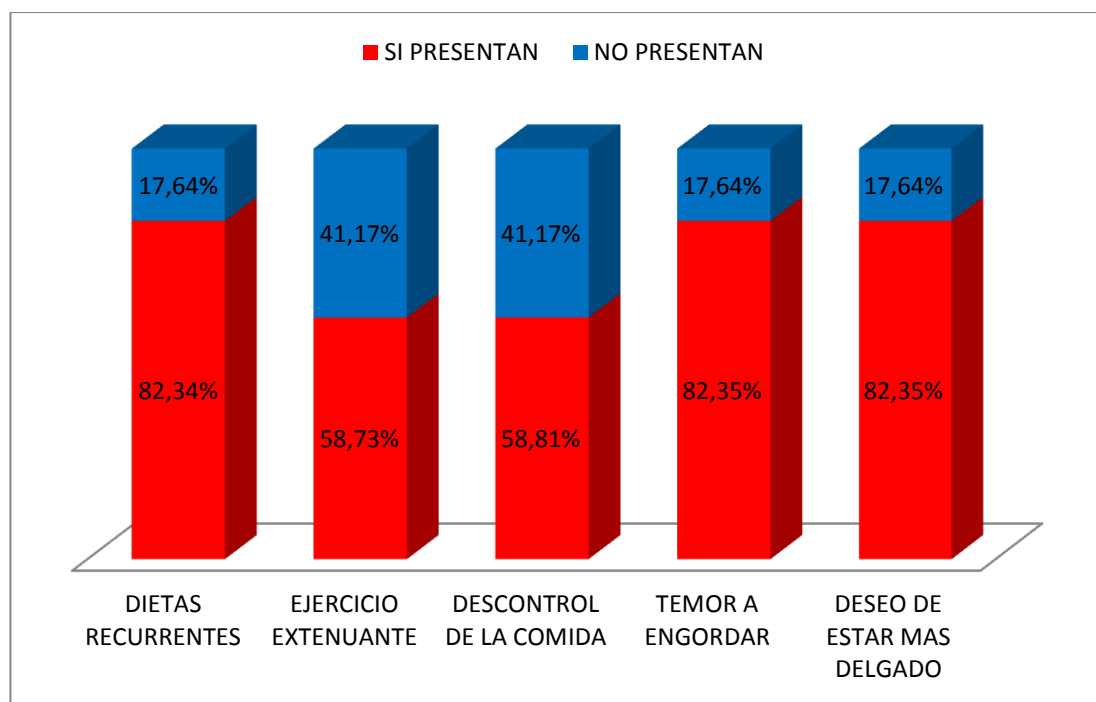
Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

Elaborado por: Priscila Brito

La población estudiada muestra que según el test de SCOFF el 30% de las mujeres presenta un riesgo de padecer un trastorno alimentario y los hombres tienen un 25%. Mientras que según el test EAT-26 en ambos sexos se presenta el mismo riesgo de padecer un trastorno alimentario 9%. Esto se puede dar por el aumento de casos en el sexo masculino según algunos autores sin embargo no hay estudios que evidencien tal situación debido a que a los varones no se los considera como grupo de riesgo para padecer un trastorno alimentario.

3.1.3. CONDUCTAS DE RIESGO EN EL GRUPO DE POTENCIALES CASOS DE TCA

Gráfico N° 5 Conductas De Riesgo De Mayor Incidencia En Los Casos Detectados Con Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Test Eat-26, En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014

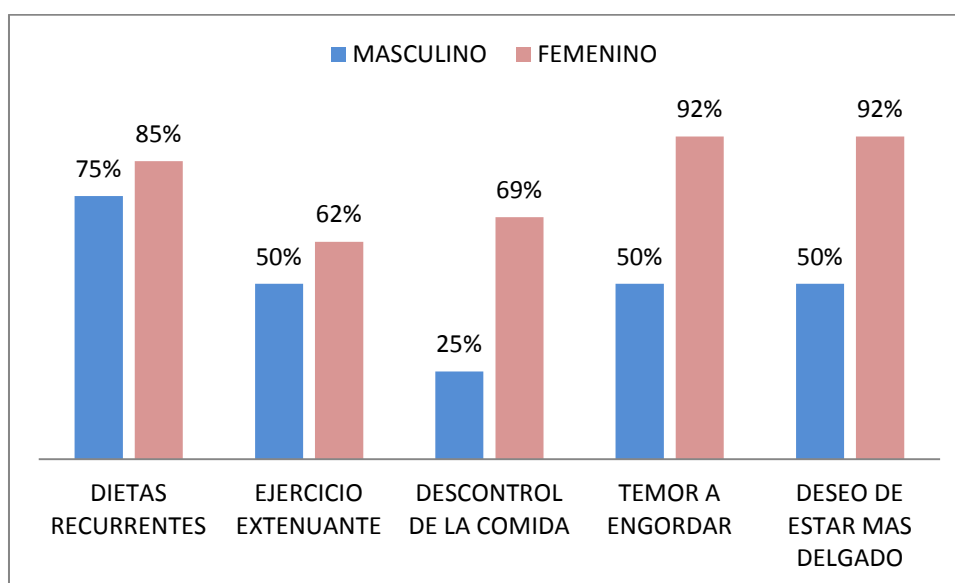


Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

Elaborado por: Priscila Brito

El gráfico muestra que las conductas de riesgo de mayor incidencia en los casos detectados con el riesgo de padecer un trastorno alimentario son cinco las cuales influyen en la actitud alimentaria de los estudiantes destacándose los que tienen que ver con la realización de dietas constantes, temor a engordar, y el deseo de estar más delgados 82% y con menor incidencia el ejercicio extenuante y el descontrol de la comida que ingieren 59%. Esto se debe probablemente a que como son estudiantes no tienen suficiente tiempo como para realizar ejercicio o comer, por ese motivo las dos conductas no se evidencian con mayor porcentaje, como las dietas recurrentes, temor a engordar, y el deseo de estar más delgado que si se evidencian con porcentajes altos.

Gráfico N° 6 Conductas De Riesgo De Mayor Incidencia Por Sexo En Los Casos Detectados Con Riesgo De Trastornos Alimentarios Según Test Eat-26, En El Grupo De Estudio De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014



Fuente: Encuestas realizadas a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

Elaborado por: Priscila Brito

El gráfico muestra que la población femenina es más vulnerable de presentar conductas de riesgo como dietas recurrentes 85% frente al sexo masculino 75%, además presentan mayor riesgo de hacer ejercicio extenuante 62%, en comparación con el sexo masculino 50%, descontrol sobre la comida que ingieren 69%, frente a un 25% en el sexo masculino, temor a engordar 92%, frente a 50% en el sexo masculino y el deseo de estar más delgado también es mayor para las mujeres 92% frente a un 50% en el sexo masculino. Estos datos pueden relacionarse en el caso de las mujeres con el mayor riesgo que tienen de padecer un trastorno alimentario el cual se evidencia por el deseo de alcanzar la delgadez mientras que en el caso de los hombres se centran más en alcanzar una musculatura adecuada.

3.2. Discusión

El objetivo del estudio fue determinar el porcentaje de estudiantes con riesgo de trastornos alimentarios aplicando los dos test de cribado para detectar los potenciales casos de trastornos de comportamiento alimentario los cuales se observan más dentro de poblaciones adolescentes y adultas jóvenes donde se realizó el estudio.

Los test utilizados han sido manejados en poblaciones grandes y son muy útiles debido a su brevedad y facilidad de aplicación.

El test de SCOFF es un instrumento sencillo y corto según el Ministerio de Sanidad y Consumo, (2009) tiene una sensibilidad para detectar riesgo de anorexia y bulimia de 100%, y una especificidad para anorexia 85% y bulimia 80% respectivamente.

Por ello se puede ver en los resultados que el test de SCOFF tiene un mayor porcentaje 29,10% de estudiantes que fueron positivos al riesgo de trastorno alimentario. Este resultado es menor con un estudio realizado por Rueda et al., (2005) en el que 38,7% de los estudiantes universitarios de Colombia fueron positivos en la puntuación del cuestionario SCOFF para los trastornos de la conducta alimentaria. Por lo cual el cuestionario SCOFF parece ser un instrumento de cribado bueno para detectar riesgo de trastorno de conducta alimentaria.

Mientras que el test de EAT-26 al tener menor sensibilidad (59%) para detectar trastornos de conducta alimentaria tiene un 8,80%, dato menor al test que tiene mayor sensibilidad. Se manifiesta por ello que el test EAT-26 se lo puede utilizar como parte de otros instrumentos complementarios para detectar conductas de riesgo de trastornos alimentarios.

Por lo tanto se puede decir que los dos test son instrumentos de cribado muy utilizados para detectar el riesgo de un trastorno alimentario pero ninguno de los dos por si solo puede diagnosticar un problema de trastorno alimentario ya que son necesarias más pruebas y la opinión de personal especializado para detectarlo, sin embargo se los puede utilizar en atención primaria de salud como parte de una evaluación al paciente que presente signos y síntomas del trastorno alimentario.

Según el test de SCOFF el 30% de las mujeres tiene riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria y el 25% de los hombres lo cual se relaciona con un estudio realizado por Guadarrama & Mendoza, (2011) en una población mexicana, en el cual los resultados muestran que las mujeres presentaron en un 20% los síntomas de los trastornos y en los hombres en un 14% siendo las mujeres el grupo más afectado.

Monterrosa Castro et al., (2012) indicaron que dentro de los factores de riesgo para desarrollar anorexia nerviosa es la realización de dietas y en la bulimia nerviosa la motivación por la delgadez y el temor a engordar.

Lo cual se relaciona con los resultados obtenidos debido a que las dietas recurrentes ocupan un 82% en los estudiantes con el riesgo del trastorno alimentario. El deseo de estar más delgado y el

temor a engordar se manifiestan igualmente en un 82% en la misma población. Mientras que dentro de los factores psicosociales se encuentra la sensación de ausencia de autocontrol, lo cual se puede evidenciar en el ejercicio excesivo y el descontrol de la comida que ingieren en un 59% en la población estudiada.

La realización de dietas dentro de la población estudiada con el riesgo es alta debido a que los estudiantes tienen una gran preocupación por el peso, lo cual puede darse tanto en casos de bulimia como anorexia debido a que en los dos casos se busca bajar de peso.

Lameiras, Calado, Rodriguez, & Fernandez (2003) mencionan que considerarse gordo/a es la causa más frecuente para la aparición de trastornos alimentarios, siendo en muchos de los casos ausente el sobrepeso.

En el estudio se evidencio que el deseo de estar más delgado y el temor a engordar se presentan en un alto porcentaje de estudiantes que presentan el riesgo lo cual también tiene relación con lo mencionado anteriormente y la imagen corporal empieza a ser un factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

El ejercicio excesivo se presentó en un 59% de la población con el riesgo y esta conducta se puede decir que es aliada de la anorexia y bulimia ya que al practicarlo, los pacientes sienten que pierden peso y desean mantenerlo bajo control.

En un estudio publicado en 2008 realizado por Jáuregui Lobera, Estébanez Humanes, & Santiago Fernández, en el cual se evaluó la presencia de ejercicio al inicio del trastorno se vio que, la hiperactividad y las prácticas de ejercicio en el gimnasio suponen casi el 75% de los métodos elegidos al inicio de la patología con el objetivo de perder de peso.

Además en más de dos tercios de los casos de anorexia la práctica de ejercicio es fundamental al inicio del trastorno; en la bulimia nerviosa se da en la mitad de los casos. Tomando en cuenta las edades comprendidas entre 22 y 26 años en las cuales aumenta la práctica de ejercicio específicamente en el gimnasio.

Las conductas de riesgo en el estudio se presentaron frecuentemente más en las mujeres que en los varones y esto se relaciona a un estudio realizado por Lameiras et al., (2003) en la Universidad de Vigo, España el 70% de las mujeres y el 52,8% de los varones quería pesar menos, presentándose en las mujeres un peso significativamente más bajo que el de los varones entrevistados, lo cual se relaciona con la insatisfacción corporal y la baja autoestima que es muy

recurrente en el desarrollo de trastornos alimentarios así como el perfeccionismo y la influencia del modelo de delgadez como forma de alcanzar la belleza, la popularidad y el éxito.

La falta de control sobre la comida que se ingiere es una conducta común en los trastornos alimentarios como anorexia y bulimia a pesar de que en la anorexia se busca racionar la comida cuidadosamente y sólo comer pequeñísimas cantidades de ciertas comidas.

No obstante, algunas personas con anorexia nerviosa atraviesan episodios de atracones seguidos de una dieta extrema o exceso de ejercicios, vómitos auto inducidos y abuso de laxantes, diuréticos o enemas. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011). Además la falta de control de la comida es una característica psicológica que identifica a los trastornos alimentarios y está relacionada con el estrés y la ansiedad (MedlinePlus, 2014).

CONCLUSIONES

La población en estudio tuvo una edad promedio de 21,41 \pm 1,21, lo cual indica poca variación de las edades por lo que se podría decir que el grupo de estudio fue homogéneo. En cuanto al sexo el 23% de la población fue de sexo masculino, y el 77% femenino. Debido a que las carreras que oferta la universidad son mayoritariamente de ciencias humanas por las cuales las mujeres generalmente tienen más afinidad.

Se aplicó los cuestionarios de detección precoz de TCA y se determinó que con el test de SCOFF el 29,10% de la población tiene riesgo de trastornos alimentarios mientras que con el test de EAT-26 solo el 8,80% de la población tiene el riesgo lo cual se presentó debido a la diferente sensibilidad que tiene cada test teniendo mayor sensibilidad el test de SCOFF para detectar trastornos alimentarios y se determinó que el porcentaje de estudiantes que presentaron el riesgo del trastorno alimentario es el 29,10%.

Se identificó las actitudes alimentarias con mayor incidencia entre la población de riesgo de trastorno alimentario, las cuales son en orden de mayor a menor, temor a engordar, deseo de estar más delgado, dietas recurrentes, descontrol en la comida, ejercicio extenuante. Estas actitudes también se pudo observar que en algunos estudios se encuentran dentro de las conductas de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en próximas investigaciones se realice un muestreo por facultades y los resultados puedan ser extrapolados a la comunidad universitaria. Además es importante enfocarse en grupos de riesgo como deportistas, gimnastas, bailarines, etc., donde se puede encontrar mayor prevalencia de estos trastornos.

Es importante llevar a cabo mediante los trabajadores de promoción de salud actuaciones de prevención, tomando en cuenta que ésta es una manera poco utilizada, que si se la maneja adecuadamente puede evitar que este tipo de trastornos se desarrollen y cambien el curso de vida de los jóvenes universitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- ACAB. (2014). Factores de riesgo para sufrir un TCA - Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. Retrieved October 07, 2014, from <http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
- Adeslas Segur Caixa. (2012). Cifras sobre anorexia y bulimia. Retrieved October 06, 2014, from <https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifras-anorexia-bulimia.aspx>
- AED. (2012). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Retrieved September 13, 2014, from <http://www.aedweb.org/web/downloads/Guide-Spanish.pdf>
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 128–9. doi:10.4067/S0034-98872014000100022
- Behar A, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319–334. doi:10.4067/S0717-92272010000500007
- Chospab. (2007). TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Retrieved October 06, 2014, from http://www.chospab.es/area_medica/saludmental/utca/que_son_TCA.pdf
- Cueva Vergara, G. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Retrieved October 07, 2014, from http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/18._Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Dra._CUEVA_VERGARA.pdf
- Fernández, L. (2008). Guía de trastornos de conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia y Obesidad. Retrieved February 24, 2015, from <http://www.vivirensalud.com/pdf/Guiaformacionbulimia.pdf>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R., & Muñoz, P. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario. Retrieved February 20, 2015, from http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename=DT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadertype=language=es&site=PortalSalud&blobke
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2), 51–5. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.06.005
- Gobierno de Castilla la Mancha. (2015). PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Retrieved February 23, 2015, from <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/programa-tca.pdf>
- González Briones, E., & Merino Merino, B. (2009). GUIA NUTRICION SALUDABLE. Retrieved September 02, 2014, from http://www.fhspereclaver.org/userfiles/file/guia_nutricion_saludable.pdf

- Gonzalez Gomez, E. (2008). Trastornos de conducta alimentaria Etiopatogenia. Retrieved October 10, 2014, from http://www.concellopontevedra.es/pmd/xor/trast_alim.pdf
- Grupo Zarima- Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. (2011). Guia práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Retrieved February 24, 2015, from http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_preencion_trastornos.pdf
- Guadarrama, R., & Mendoza, S. (2011). FACTORES DE RIESGO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA: UN ANÁLISIS POR SEXO. Retrieved February 25, 2015, from http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Guadarrama.pdf
- Hernandez, A. G. D. (2010). *Tratado de nutricion / Nutrition Treatise: Nutricion Clinica / Clinical Nutrition* (p. 1032). Ed. Médica Panamericana. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=R3xHftuSHp4C&pgis=1>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2011). Trastornos de la Alimentación. Retrieved September 02, 2014, from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/eating-disorders.pdf>
- ITA. (2014). ¿Por qué aparece un TCA? Retrieved from <http://www.itacat.com/trastornos-conducta-alimentaria/mas-sobre-los-tca/a2--quest-por-que-aparece-un-tca.html>
- Jáuregui Lobera, I., Estébanez Humanes, S., & Santiago Fernández, M. J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. Retrieved February 07, 2015, from <http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v58n3/art10.pdf>
- Lameiras, M., Calado, M., Rodriguez, Y., & Fernandez, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. Retrieved September 20, 2014, from http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-58.pdf
- Lopez, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripcion y manejo. Retrieved September 02, 2014, from http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2011/1_enero/10_PS_Lopez-12.pdf
- MASSON. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria -DSM IV - trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf. Retrieved October 06, 2014, from <http://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf>
- MedlinePlus. (2014). Trastorno de apetito desenfrenado: MedlinePlus enciclopedia médica. Retrieved January 28, 2015, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003265.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guia de practica clinica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Retrieved January 28, 2015, from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo: España. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Retrieved October 07, 2014, from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_resum_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_resum_(4_jun).pdf)

- Monterrosa Castro, Á., Martínez Ruiz, J. J., & Cuesta Fernández, G. C. (2012). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario.
- Montòn, C., Garcia, J., & Buitrago, F. (2008). Anorexia nerviosa - trastornos-conducta.pdf. Retrieved September 20, 2014, from http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181–190. doi:10.4067/S0718-48082009000200004
- NEDA. (2012). Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios.pdf. Retrieved September 02, 2014, from <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>
- Ortiz Montcada, M. del R. (2012). Alimentación y nutrición. Retrieved October 07, 2014, from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf
- Red de bibliotecas UNNE. (2013). Herramientas de cálculos. Retrieved October 13, 2014, from <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
- Romero, M. I. (2007). Nutrición en la adolescencia: aspectos epidemiológicos y nuevas tareas. *Medwave*, 7(8). doi:10.5867/medwave.2007.08.1085
- Rueda, G. E., Díaz, L. A., Campo, A., Barros, J. A., Ávila, G. C., Oróstegui, L. T., ... Cadena, L. del P. (2005). Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women. *Biomédica*, 25(2), 196–202. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572005000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Santana, P. de, Costa Ribeiro, J., Mora, G., & Raich. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Retrieved September 02, 2014, from http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de la conducta alimentaria. Retrieved February 23, 2015, from http://www.tcasevilla.com/archivos/prevencion_primaria_en_trastornos_de_conducta_alimentaria1.pdf
- Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2006). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA. Revisión bibliográfica. Retrieved October 07, 2014, from http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf
- UNAM. (2005). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Retrieved October 07, 2014, from <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/alimento/etio.html>
- Unikel Santoncini, C., & Caballero Romo, A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Retrieved September 10, 2014, from http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf

ANEXOS

Anexos N° 1 Scoff Cuestionario De Tamizaje De TCA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA
ENCUESTA PUCE-QUITO 2014

La siguiente encuesta va dirigida a la población adulta joven de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La información recolectada se utilizara únicamente con fines del estudio y tienen carácter confidencial. Se solicita responder con la mayor sinceridad y seriedad posible.

Datos generales:

Facultad: _____

Carrera: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino: _____

CUESTIONARIO SCOFF

Instrucciones: Por favor, marque con una X a la respuesta que mejor se ajusta a su situación.

SI	NO		
		1	¿Se provoca el vómito porque se siente lleno?
		2	¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la comida que ingiere?
		3	¿Ha perdido recientemente más de 6 kilos (14 libras) en un periodo de tres meses?
		4	¿Cree que esta gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?
		5	¿Diría que la comida domina su vida?

Anexos N° 2 Eating Attitudes Test: EAT-26

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA
ENCUESTA PUCE-QUITO 2014**

La siguiente encuesta va dirigida a la población adulta joven de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La información recolectada se utilizara únicamente con fines del estudio y tienen carácter confidencial. Se solicita responder con la mayor sinceridad y seriedad posible.

Test: EAT-26

Instrucciones: Por favor, marque con una X a la respuesta que mejor se ajusta a su situación.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Meda mucho miedo pesar demasiado						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Noto que los demás preferirían que comiese mas						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13. Los demás piensan que estoy						

demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como comida dietética						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN